

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE

N° 41

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Joseph SINGER

Né à Dezna (Roumanie), le 13 septembre 1902

Ancien Interne à l'Hôpital St-Nazaire

ABCÈS SPLÉNIQUES D'ORIGINE TYPHIQUE

Président : M. LECÈNE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1928

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(MENTION MÉDECINE)

PAR

Joseph SINGER

Né à Dezna (Roumanie), le 13 septembre 1902

Ancien Interne à l'Hôpital St-Nazaire

ABCÈS SPLÉNIQUES
D'ORIGINE TYPHIQUE

Président : M. LECÈNE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1928

I. — PROFESSEURS

MM.!

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	N.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN
	LEJARS.
Clinique ophtalmologique	GOSSET.
	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire.	BRANCA.

II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 ALAJOUANINE. Neurologie et psychiatrie.
 AUBERTIN. . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN. . . Pathologie médicale.
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
 BROCCO. . . . Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY. . . . Histologie.
 CHIRAY Pathologie médicale.
 CLERC. . . . Pathologie médicale.
 DEBRÉ Hygiène.
 DUVOIR Médecine légale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FIESSINGER. Pathologie médicale.
 GARNIER . . . Pathologie expérimentale
 GATELLIER . . Pathologie chirurgicale.
 HARVIER. . . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE . Anatomie.
 HUTINEL. . . . Pathologie médicale.

MM.

I. de JONG . . Anatomie pathologique
 JOYEUX Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
 LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX. . . . Anatomie pathologique.
 LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
 LHERMITTE . . Pathologie mentale.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MATHIEU. . . . Pathologie chirurgicale
 METZGER . . . Obstétrique.
 MONDOR. . . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
 MULON. . . . Histologie.
 PHILIBERT. . . Bactériologie.
 QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils. . Physiologie.
 SÉZARY Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VELTER. . . . Ophtalmologie.
 VERNE. . . . Histologie.

III. — AGREGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

GOUGEROT . . Pathologie médicale.
 GUÉNIOT. . . . Obstétrique.

MM.

RETTERER. . . Histologie.
 TANON. . . . Pathologie médicale

IV — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALGLAVE . . Clinique chirurgicale.
 AUVRAY . . Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU . . Clinique chirurgicale.
 LAGNEL-LAVASTINE . Clinique médicale.
 LE LORIER . . Clinique obstétricale.
 LEREBoullet . Clinique médicale in-
 fantile.

MM.

LERI Clinique médicale.
 MOCQUOT . . Clinique chirurgicale.
 PROUST . . . Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ . Clinique chirurgicale.
 VILLARET . . Clinique médicale.

V — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail les mutilés de guerre et les infirmes adultes
FREY.		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA FRANCE

A MES PARENTS, A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LECÈNE

Professeur de Pathologie externe
Chirurgien à l'Hôpital Saint-Louis

A MES MAÎTRES DE PARIS

MM. LES PROFESSEURS GILBERT, LEREBoullet,
ALGLAVE, RICHE, TESSIER, LIAN, FIES-
SINGER.

A MES MAÎTRES DE SAINT-NAZAIRE

MM. LES DOCTEURS LECONTOUR, HERVÉ, VERDIER

AVANT-PROPOS

Arrivé au tournant de ma vie, je veux m'arrêter pour contempler ses principales étapes pour dire un mot de remerciement à ceux qui m'avaient aidé, soutenu par des conseils et consolé dans mes moments difficiles.

Avant tout je dois adresser mes remerciements à ceux dont l'abnégation et l'amour m'ont permis d'entrer dans la voie et d'arriver au but : à mes parents. Je crois que si j'avais agi contre leurs conseils, si j'avais suivi d'autres voies peut-être serai-je arrivé avoir un avenir plus brillant, mais jamais la tranquillité d'esprit et la lucidité d'âme de ceux qui soulagent l'humanité.

Je remercie mes maîtres de m'avoir enseigné avec les secrets de leur savoir, la conscience professionnelle. Entre tous, la mémoire de M. le Professeur Gilbert m'est restée chère, comme celui qui m'a guidé dans les premières heures de ma médecine. Je me souviendrai toujours des leçons claires de mon maître M. le Professeur agrégé Alglave, ainsi que de ceux du Docteur Papillan, professeur à l'Université de Cluj, qui réunissait à sa profonde con-

naissance d'anatomie, l'esprit humanitaire et les sentiments de justice les plus élevés.

Mon petit bagage scientifique fait d'après les épreuves de la Faculté, je suis parti à l'Hôpital de Saint-Nazaire où j'ai eu l'occasion de suivre d'un peu plus près les malades dans les service de MM. les Docteurs Lacoutour, Verdier, Hervé. Ils étaient mes meilleurs maîtres, parce que j'étais plus près d'eux. Ainsi les huit mois que j'y ai passés étaient des plus profitables pour moi.

J'exprime ici ma reconnaissance à M. le Docteur Boutin, chirurgien adjoint à l'Hôpital Saint-Nazaire à qui je dois en dehors de ma thèse les dettes d'une amitié qu'il m'a témoignée et ses conseils et de son appui à un moment de ma vie où j'en avais vraiment besoin.

C'est exprès que je parle en dernier lieu de M. le Docteur Soulain pour mieux exprimer la joie de l'avoir connu. C'est lui qui m'a fait connaître plus profondément et estimer les qualités d'un Français et d'un médecin. Lorsque je serais arrivé à accomplir ma vie comme il le fait, je m'estimerai heureux.

Je remercie mes amis les plus intimes qui étaient témoins de toute ma jeunesse et à qui je dois la plus grande partie de ses joies : à Mlles Yvonne Perrot et Rose Courtin, à M. le Docteur Menyasz, ancien Interne à l'Hôpital de Meaux, à M. Katz David et à Mlle F. Schwartzberger ainsi qu'à mes camarades d'internat de Saint-Nazaire, MM. Moisan et Desamy.

Je remercie également M. l'Econome de l'Hôpital Saint-Nazaire, M. Allanet, pour son accueil amical et les services qu'il a bien voulu me rendre.

Enfin à tous ceux que je ne peux pas nommer, mais dont je garde le bon souvenir.

ABCÈS SPLÉNIQUES

D'ORIGINE TYPHIQUE

INTRODUCTION

A part des cas exceptionnels, les microbes de la fièvre typhoïde se localisent sur les tissus lymphoïdes, qui sont quelquefois suppurés, toujours infiltrés par les cellules lymphatiques et présentent macrophages, (cellules typhiques Rindfleisch).

La fièvre typhoïde est caractérisée par la triade 1^o intestinal (follicule clos) 2^o ganglionnaire-ganglion mésentérique ; 3^o splénique, mais les autres tissus peuvent aussi être atteints.

L'abcès de la rate en général est une affection rare et mal connue, quoique vue déjà depuis l'antiquité par Hypocrate qui prétend en avoir guéri un cas par purgation. Entrevu après par les auteurs romains ; les auteurs arabes rapportent à la rate les signes d'autres suppurations profondes. Une histoire des plus curieuses est celle de Jaquinelle 1791 : l'origine de l'abcès, lui paraît être traumatique. Il a pris un tel développement qu'il était prêt à s'ouvrir à la peau mais même le diagnostic d'abcès posé, ni lui, ni les deux chirurgiens appelés n'osaient l'ou-

vrir. L'abcès s'est ouvert dans le côlon et la mort s'ensuivit. C'est l'autopsie qui a précisé les lésions.

Il faut arriver au xix^e siècle pour élargir un peu l'étude de l'abcès de la rate et Grand-Mourel dans sa thèse en 1885 rapporte 43 diagnostics d'amphithéâtre sur 57 cas.

D'autre part la fièvre typhoïde n'était vraiment étudiée qu'à la même époque. Jusque-là, elle était confondue d'abord avec la plupart des maladies infectieuses et même dans un temps pas très éloigné de nous, avec le typhus. Appelé par divers noms, le terme de fièvre typhoïde a été créé par Louis en 1829. Le terme de dothienthérie est un peu plus vieux : il a été employé pour la première fois par Bretonneau en 1820. C'est le même auteur, qui a affirmé d'une façon nette la spécificité de l'affection.

Cette période purement clinique prend fin avec la découverte de l'agent pathogène en 1880.

On comprend dès lors pourquoi les abcès typhiques de la rate soient tellement rares. A cette rareté, collaborent les difficultés du diagnostic. Le typhique est un être déjà très affaibli, plongé dans le typhos, guetté par des complications autrement fréquentes, il est impossible de découvrir la localisation splénique, si, comme ça arrive souvent dans la clientèle, la température n'est pas prise régulièrement matin et soir et même *sine qua non* il n'est pas facile de se guider entre les complications plus habituelles. Aussi le diagnostic fut le plus souvent posé à l'amphithéâtre.

ETIOLOGIE

La rate est un organe très important dans la lutte antimicrobienne. Aussi elle peut être touchée dans les affections les plus diverses. On a noté des abcès consécutifs à des infections primitivement localisées aux doigts (Lampe et Johanson, Litten, Bud) à un anthrax (Viascos) dans le cas de Finkelstein ils succède à la gangrène du prépuce. La rate primitivement infectée par tuberculose, paludisme, etc., peut suppurier à la suite d'un traumatisme (Karesky, Omy, Jaffé). D'autres fois la suppuration est consécutive à une lésion de voisinage.

Mais beaucoup plus fréquemment c'est une infection généralisée qui est à l'origine de l'abcès. En effet les septicémies en général affectent plus ou moins la rate (ainsi les septicémies puerpérales de Kuttner), mais surtout la syphilis, le paludisme et la fièvre typhoïde.

Parmi les organes les plus atteints par la fièvre typhoïde après l'intestin et son système lymphatique vient la rate. La rate dans la fièvre typhoïde est trois, cinq, six fois plus grosse (Louis-Rokitansky) que normalement. D'après Giesinger elle a 20 centimètres en longueur, 12 en largeur, 5 en épaisseur, son poids varie généralement entre 300, 350 grammes. A la

coupe elle est ferme au début et paraît de consistance mollassse vers la quatrième semaine. Elle présente souvent des foyers hémorragiques. On a même observé des cas de rupture spontanée. Le sang de la rate renferme des bacilles typhiques, pendant les premiers jours de la maladie : la ponction de la rate pourrait servir comme moyen de diagnostic si elle n'était pas dangereuse.

Le mécanisme de la localisation massive est discutable. Il est vraisemblable que la voie vasculaire soit à sa base. La voie veineuse par la veine splénique, étant donné les relations intimes qu'ils unissent au tube digestive, pourrait être responsable, mais l'artère splénique doit être incriminée beaucoup plus souvent vue la fréquence des infarctus dans la dothiéntherie. Curchmann a trouvé 25 infarctus dans 577 autopsies typhiques sur des sujets morts de différentes complications. La disposition de l'artère splénique s'y prête très bien. On a même trouvé plusieurs fois des infarctus coexistant avec l'abcès. Lorsque les infarctus ne s'infectent pas, la rate ou simplement le territoire infecté s'atrophie. Les constatations histologiques sont en faveur de cette interprétation. Enfin Kuttner a reproduit expérimentalement des abcès spléniques en injectant simultanément de l'huile dans l'artère splénique et une culture microbienne dans la veine gastrosplénique. D'après Roux et Vinay l'abcès commence par le tissu cellulaire.

L'abcès se manifeste de préférence dans les pre-

miers trente ans de la vie. La majorité des observations concerne des hommes d'environ 21 ans. L'abcès survient vers la fin de la maladie, mais ce n'est pas une règle absolue. Dans le cas de Braun la supuration est restée latente pendant quinze ans. Chez le malade de Labadie c'est après la convalescence, que les accès fébriles sont apparus. Dans la majorité des cas c'est au cours du troisième ou quatrième septennaire. La gravité de la maladie ne semble pas commander la complication.

Quelques auteurs nient la possibilité d'un abcès typhique et ne reconnaissent pas le pouvoir pyogène du bacille. Ainsi Baumgartner et Fraenkel pensent que l'abcès est toujours provoqué par les seuls microbes d'infection secondaire mais on a trouvé le bacille typhique en culture pure dans le pus de l'abcès. (Vincent, Esau, Kyrchmayr, Baylac, etc.) et les expériences de Chantemesse et Widal ont largement démontré, que le bacille typhique injecté seul est capable de provoquer un abcès. C'est d'ailleurs accepté par Dehu, Rispal, et d'autres. Le pouvoir pyogène est prouvé aussi par la clinique. Kamen pense même, que tous les abcès chez un typhique sont d'origine ébertienne. Il est vrai que l'association microbienne exalte la virulence.

L'examen du pus des abcès de la rate n'a pas toujours été pratiqué, mais dans tous les cas où il a été fait, on a pu isoler le microbe ; dans notre cas la réponse du laboratoire a été formelle : on a isolé le bacille typhique pur.

Il est vraisemblable, que dans notre cas, ainsi que dans celui de Vincent, l'écart de régime détermine la complication. Même il est possible que dans d'autres cas il a joué un rôle, mais on ne pourrait pas généraliser. Autrement au cours de la vogue du traitement des typhiques par la suralimentation du moins dans certains endroits pratiqué principalement avant la guerre et surtout dans la clinique de Saint-Petersburg on aurait dû observer plusieurs cas. Même quand le médecin ordonne la diète, dans combien de familles observe-t-on les prescriptions ? Dans notre cas la mère voulut bien faire, même en déjouant la surveillance de l'hôpital.

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie de l'abcès de la rate est réduite et est une symptomatologie d'emprunt.

Au début le diagnostic est impossible. La légère augmentation de la température et la fréquence de pulsations se perd dans les manifestations plus bruyantes de la maladie initiale et indiquent une complication de la dothiéntherie connue.

A la période d'état les signes des supurations profondes se précisent : le facies est un peu plus typhoïdique, la température augmente, dépasse 40 degrés. Son type peut varier, assez souvent c'est le type palustre à grandes oscillations, d'autres fois il est un peu plus modéré, mais les rémissions n'existent pas ou elles s'espacent. D'autres fois la courbe thermique est complètement irrégulière.

Le pouls a déjà une importance beaucoup plus grande ; la dissociation du pouls et de la température habituelle dans la fièvre typhoïde n'existe plus. Le pouls remonte et suit exactement le thermomètre. C'est un signe de grande valeur incitant à chercher une suppuration profonde.

Les urines peuvent devenir très abondantes et claires.

L'examen hématologique est très important : hyperleucocytose, polynucléaire, qui ne se voient normalement, dans la fièvre typhoïde, atteignant quelquefois des proportions énormes. Fédermann a noté un cas où leur nombre a dépassé 100.000.

Les symptômes locaux diffèrent suivant la localisation de l'abcès. Ainsi nous avons une symptomatologie abdominale, une sous-diaphragmatique et une thoracique.

La forme abdominale est peu commune, mais étant plus accessible, le diagnostic en est plus facile.

La douleur est spontanée ou provoquée. Spontanée elle se manifeste par un point de côté abdominal situé sous les fausses côtes dans l'hypocondre ou flanc gauche, provoquée par la percussion ou la pression elle est vive.

La tumeur est visible quand le météorisme n'est pas exagéré et se traduit, par une voussure de la paroi abdominale, correspondant à la rate et que l'on peut délimiter par la palpation. La palpation est d'autant plus facile, que la paroi abdominale est amaigrie. On sent une tumeur suivant les mouvements de la respiration. On peut apprécier sa forme et sa sensibilité.

La percussion est douloureuse. Permet de constater que la tumeur est matte, qu'elle se continue sous les côtes et l'on peut délimiter exactement en arrière et en haut.

L'auscultation pourrait donner des frottements dus à la péricapnité concomitante.

Ces données seront confirmées par la radio.

La forme sousdiaphragmatique s'accompagne également de l'hypertrophie de la rate du côté abdominal, mais présente d'autres signes caractéristiques à cette forme.

La douleur est vive et se propage en arrière et même vers l'articulation scapulo-humérale (Cruvelier) elle s'exagère dans l'inspiration profonde. Il peut exister une douleur suivant immédiatement la déglutition. Ces douleurs peuvent se propager vers le plexus soléaire.

Le hoquet, hémiparésie diaphragmatique gauche, se traduisant par l'immobilité de la moitié gauche du thorax, peut faciliter le diagnostic.

La percussion montre une matité se propageant en arrière jusqu'à la huitième côte et se confondant avec la masse des muscles spinaux, en avant elle dépasse les fausses côtes.

La forme la plus commune est la forme thoracique, ici l'élément douleur est des plus variables. Quelquefois un violent point de côté siégeant entre les deux lignes axillaires, ou au niveau de l'omoplate. D'autres fois la douleur est moins forte ; enfin quelquefois la rate est à peine sensible ou du moins pas plus sensible que le reste de l'abdomen.

La palpation montre une rate sensible dépassant de peu, un ou deux travers de doigts, les fausses côtes.

La percussion décèle une matité qui commence à des hauteurs différentes mais qui peut remonter au-dessus de la pointe de l'omoplate, se confondre avec la matité vertébrale s'étendant en bas jusqu'à la crête iliaque. L'espace de Traube est également mat. La percussion est quelquefois douloureuse. L'auscultation peut montrer la présence : 1^o de la réaction pleurale ; 2^o même s'il n'y a pas d'épanchement, la présence d'un liquide. On entend des frottements pleuraux ; retentissements de la voix et de la toux. Quelquefois un souffle pleurétique.

La ponction exploratrice est positive, elle ramène un pus souvent hématique caractéristique, mais l'écoulement est plus fort à l'expiration comme c'est la règle dans les abcès sous-diaphragmatiques.

L'examen radiologique montre un diaphragme immobile. Le diaphragme est surélevé, l'ombre englobe le cœur dont on perçoit les battements. Il remonte environ à la hauteur de la matité, donc il est variable. Le sinus costo-diaphragmatique ne s'éclaire pas dans les fortes inspirations. La limite supérieure de l'ombre est convexe. Elle ne se déplace pas, dans les mouvements du malade. Mais quelquefois l'image radiographique n'est pas concluante et elle peut nous laisser dans le doute, comme les autres signes aussi. C'était notre cas. Voici d'ailleurs l'observation.

OBSERVATION

Notre malade le jeune F..., est âgée de 15 ans, vu la première fois le 1^{er} septembre par le D^r Jégat de Donges (Loire-Inf.). Il se plaint d'une courbature généralisée, d'une céphalée violente, d'une diarrhée, avec des selles de couleur ocre très fétides, qui durent depuis le 25 août 1927. A l'examen température 38°9, le soir 39°5. Pulsation 80. Pouls régulier. Météorisme abdominal. Gargouillement dans la fosse iliaque droite. Urines 800 centimètres cubes à 1.000 centimètres cubes par jour. Rate percevable. Palpation de la région splénique montre une rate sensible à la pression. Diagnostic : est évident : fièvre typhoïde. La réponse du laboratoire affirme le diagnostic et précise le microbe en question. L'examen a été fait dans le Laboratoire de Bactériologie sanitaire maritime et municipal de Saint-Nazaire par le D^r Bizard :

Séro-diagnostic de Widal.

Le sérum du malade n'agglutine actuellement ni le bacille d'Eberth, ni le paratyphique B.

Ce même sérum agglutine le paratyphique A, jusqu'au taux de 1/100 et en moins d'un quart d'heure.

L'évolution de la maladie est d'accord avec le laboratoire. La défervescence se fait à grandes oscillations environ vers le quinzième jour de la maladie. Mais le lendemain

de la déffervescence, la température remonte à 39°5, le soir elle atteint 40 degrés. La présence d'un point de côté et d'une tumeur abdominale à gauche font penser au médecin de la famille le Dr Jégat à un abcès de la rate et comme la courbe de température affirme le diagnostic, le malade est amené à l'hôpital. C'est à ce moment que nous le voyons avec le Dr Boutin chirurgien adjoint de l'Hôpital Saint-Nazaire.

Nous sommes en présence d'un malade amaigri, fatigué, ayant un profond typhos. L'amaigrissement est d'autant plus apparrant que le malade est d'une taille extraordinaire. Le ventre amaigri, mais peu sensible. Rien de spécial du côté du cœur. A l'examen physique, on trouve une matité à gauche, dans la limite supérieure et horizontale. Elle se prolonge jusque dans l'espace de Traube en avant, deux doigts au-dessous du rebord costal, la crête iliaque, et se confond avec la matité latérale. A la palpation on trouve la rate, son niveau correspond à la matité délimitée par la percussion. Les vibrations vocales sont abolies, le murmure vésiculaire est affaibli, il existe un souffle ayant les caractères d'un souffle pleurétique, étant situé sur la ligne axillaire antérieure au niveau de la 8^e côte. Il y a eu deux diagnostics possibles : pleurésie ou abcès de la rate. C'est vers ce dernier que nous penchons, mais si en effet nous avons la grosse rate un peu douloureuse pour nous, il y a les signes d'épanchement et d'autre part l'hypertrophie de la rate, conséquence naturelle de la fièvre typhoïde, sa matité peut se confondre avec la matité de pleurésie, et la douleur d'ailleurs peu vive est un signe subjectif donc dépendant par trop du coefficient personnel.

Pour éclairer notre diagnostic nous faisons une ponction

exploratrice au niveau du 9^e intercostal, donc au point d'élection : négatif. Nous répétons la ponction, un espace plus haut de nouveau ponction blanche. On la refait entre les 6^e et 7^e côtes. Au milieu d'une ligne réunissant la pointe de l'omoplate et les apophyses vertébrales, on retire un pus jaunâtre légèrement teinté de sang. Donc on est aussi indécis qu'avant la ponction. Vu que si c'était un abcès de la rate, la ponction basse aurait due être positive, mais le caractère hématique du pus est en faveur de notre diagnostic préféré. Nous ne désespérons pas, nous avons la radio à notre disposition.

Examen radioscopique (Dr Inizan).— L'examen radio-scopique montre l'intégralité du jeu diaphragmatique. Pas d'ombre scissurale. Un léger voile à la base gauche sans voussure diaphragmatique, sans déplacement de la pointe de cœur. L'ombre du cœur se superpose à l'ombre pleural. Donc l'examen radioscopique pur n'est pas concluant, puisque nous avons bien l'ombre qui pourrait représenter aussi bien un abcès de la rate, qu'une pleurésie, puisque le jeu diaphragmatique est conservé.

Alors on arrête la discussion et comme pour les deux interventions la voie est la même, on fait une costotomie. On enlève la 8^e côte pour pouvoir faire les deux interventions indifféramment. Dans cette partie de l'intervention on lèse une artère intercostale et comme on ne peut pas la ligaturer on laisse à demeure. Ensuite on fend la plèvre, on ne trouve rien dans la cavité pleurale que l'on explore aux doigts. On trouve le diaphragme bombé, tendu et on a, l'impression nette, qu'il doit y avoir un liquide sous tension. On pince le diaphragme et on l'ouvre et on tombe

sur une rate énorme d'où sort un pus semblable à celui que nous avons retiré par la ponction et qui a diffusé dans la paroi costale. C'est-à-dire un pus jaune rose « hématique » inodore. On place deux drains que l'on fixe par une épingle.

Mais le malade est très indocile. Il enlève son drain pendant la nuit, son bandage, pendant qu'il défèque dans ses draps. Dans ces conditions d'asepsie on n'est pas étonné que la température remonte deux jours après et se maintient aux environs de 38 avec des oscillations d'un degré et demi. Le 24 septembre, congestion de la base du poumon droit, qui dure avec une courte rémission jusqu'au 3 octobre, jour où la température tombe et reste normale. Le 12 nouvelle poussée coïncidant avec la visite de la mère qui apporte au malade, malgré notre défense formelle de lui donner quoi que ce soit en dehors de sa diète, un sac plein de choux pommés. Nouvelle accalmie jusqu'au 19 où la mère ne pouvant plus souffrir que son enfant reste sans manger, apporte cette fois-ci sous ses jupons larges une bonne livre de pain avec du pâté de foie en abondance. Le malade profite de la nuit pour se régaler copieusement. Le lendemain matin on retrouve dans son lit cyanosé, température de 40 degrés, pouls rapide, faible et irrégulier, bruits de cœur étouffé. Glace sur le cœur, immobilité absolue, diète, ensuite gigitale à petite dose ont encore une fois raison. La température tombe le 22, le pouls revient, la tension s'élève et l'affection s'évolue désormais sans incident jusqu'à la guérison complète.

Nous avons revu la malade dans la dernière semaine de décembre 1927 ; il a repris et même dépassé son poids normal et il se porte à merveille. Le cœur est absolument normal,

le poumon également, la plèvre présente quelque adhérence au niveau des cicatrices par des craquements. La rate, le foie sont normaux. Le sujet est capable de reprendre sa vie, au bord du bateau où il était engagé comme mousse.

Nous avons fait l'examen bactériologique du pus. Chose curieuse la réponse du laboratoire a été nette : il y avait dans le pus des bacilles d'Eberth pures. Réponse du laboratoire :

Examen bactériologique de pus :

Examen direct, bacilles mobiles agramiens.

Lactose carbonatée, pas de gaz.

Bile peptonée, glucosée, pas de gaz.

Lactose tournesolée, ne rougit pas.

Bacille d'Eberth.

On se rappelle encore que la première conclusion du laboratoire était que nous sommes en présence d'une infection paratyphoïdique. Je me garde donc bien des conclusions, je signale simplement le fait.

DIAGNOSTIC

Les principaux éléments diagnostiques sont précisés avec les symptômes. L'abcès de la rate peut se confondre avec :

1° Pleurésie gauche. La distinction est difficile quelquefois. Elle se fait sur le caractère du pus retiré par la ponction exploratrice (peu recommandable), et la radiographie. Les deux complications existaient dans les cas de Esau, Fedrerman, Proping, Bandel. On comprend l'importance d'explorer aux doigts dans ce cas le diaphragme ;

2° Pyonéphrite : troubles urinaires, polakiurie, pyurie, au besoin le catétérisme urétéral, pourrait trancher le diagnostic ;

3° Le flegmon périnéphrétique s'accompagne d'une douleur à irradiation spéciale, œdème de la région lombaire ;

4° L'abcès de la paroi. Nous en avons vu un cas très intéressant, il s'agissait d'un jeune homme de 20 ans, qui à la suite d'une furonculose a fait un flegmon de la paroi abdominale, situé à gauche, au-dessus de l'épine iliaque, et facilement éliminé ;

5° L'abcès du lobe gauche du foie donne une image radiographique différente ;

6° L'abcès sous-phrénique gauche consécutif à un ulcère gastrique, perforé au cours d'une fièvre typhoïde (Mazette, Berger, R. Barthélemy), est une trouvaille opératoire. Il est excessivement difficile de distinguer l'abcès splénique d'une rechute. La douleur dans l'hypochondre gauche, les caractères de la température, sa dissociation ou concordance avec le pouls, l'absence ou présence des symptômes intestinaux et enfin l'examen hématologique, tranchent le diagnostic. On trouve : leucopénie dans la fièvre typhoïde, hyperleucocytose polynucléaire qui reviennent rapidement à la normale après intervention en cas d'abcès splénique (Dambrain, Morel, Tapie, Propping, Federmann).

Inversement lorsqu'on a posé le diagnostic de l'abcès de la rate, le seul moyen d'en déterminer l'étiologie est le laboratoire.

ÉVOLUTION, COMPLICATION, PRONOSTIC

Opéré à temps, la guérison est la règle. Le pronostic dépend donc de la précocité du diagnostic. Les signes s'amendent rapidement, la température tombe à la normale et lorsque le malade est docile, la guérison est presque sûre. La guérison se fait quelquefois attendre assez longtemps (Trojanov), cas correspondant à une séquelle splénique qui ne peut pas sortir par le drainage. Si au contraire on n'intervient pas, le pronostic est excessivement grave « en raison de la gravité de l'infection typhoïdique et à la suite des complications » (J. Tapie).

Les complications les plus fréquentes sont pleuro-pulmonaires. L'explication en est que l'abcès se développe dans la majorité des cas au pôle supérieur.

La pleurésie adhésive est de règle, particularité heureuse pour l'opération, on évite le pneumothorax et l'infection pleurale. D'ailleurs même quand on ne peut pas l'éviter comme dans notre cas il n'aggrave pas considérablement le pronostic. La pleurésie séreuse et même la pleurésie hémorragique (Bandel, Baylac) peuvent exister.

La pleurésie droite est également très fréquente,

elle est plutôt une complication de la maladie causale ; en tout cas il faut noter sa coexistence fréquente.

L'abcès peut s'ouvrir dans la plèvre ou le poumon ; dans ce dernier cas il se vide par une vomique (Cruvelhier, Vidal).

Lorsque l'abcès siège au pôle inférieur, l'ouverture abdominale est plus vraisemblable. Hypocrate décrit dans son œuvre sur le *Bien et le mal que le médecin fait par hasard*, un abcès de la rate ouvert dans le côlon. Le jeune homme de Baylac présente un abcès splénique d'origine typhique qui s'est ouvert dans l'intestin ; celui de Jaquinelle concernant un jeune homme qui présente un abcès typhique ouvert dans le côlon (de Braun), celui de Gose, abcès splénique ouvert dans l'estomac démontre la possibilité de l'évacuation de l'abcès par le tube digestif sans que le pronostic soit meilleur. Dans ces cas l'hémorragie intestinale peut terminer la scène, elle a son origine peut-être dans la rate. Les 4 derniers cas se sont terminés par la mort. D'autres fois l'abcès s'ouvre dans le péritoine, d'où péritonite mortelle (cas de Peyret, de Pruvost), où il ne s'agissait pas d'abcès typhique.

L'ouverture à la peau est possible, un abcès palustre relaté par Assolant chez un enfant de 8 ans s'est ouvert sous la mamelle gauche et la guérison s'ensuivit au bout de dix neuf semaines.

Enfin il peut s'ouvrir sur les points les plus inattendus, Schlichting l'a vu s'ouvrir dans le vagin.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Wassermann et Takaki ont insisté avec juste raison sur le rôle important qui échoue à la rate dans la défense de l'organisme contre la fièvre typhoïde. Les phénomènes de réaction sont presque toujours plus forts que les lésions, mais quelquefois la rate reste vaincue. A-t-elle été prédisposée par une infection ou étant donnée sa friabilité extrême réagit-elle moins à la suite d'une cause mécanique, la question reste ouverte. Il est vraisemblable que ces altérations vasculaires qui sont primitives sinon cause exacte de l'infection massive.

Les autopsies faites sur des sujets décédés à la suite d'autres complications, montrent souvent des altérations importantes : Infarctus, ruptures, etc. S'il y a le temps nécessaire ces altérations s'infectent et constituent l'abcès unique ou multiple. La rate est quelquefois réduite à une bouillie purulente et le pus peut fuser dans la capsule. Il ne paraît pas pouvoir s'enkyster.

Le volume moyen de l'abcès est environ celui d'un œuf de poule, mais on a décrit des plus grands : 5 même 15 litres de pus. L'abcès siège rarement au pôle inférieur, le plus souvent au pôle supérieur, il peut être central.

Le contenu de l'abcès est le plus souvent un pus inodore de couleur grise, légèrement hémorragique, rarement de couleur brune, de quantité variable avec le volume de la poche, il contient quelquefois des débris nécrosés de l'organe, véritable séquelle, entretenant indéfiniment la suppuration et pouvant commander une deuxième intervention.

Cette particularité pourrait être la base d'une division anatomo-pathologique et pourrait remplacer avantageusement l'ancienne théorie (abcès spléniques et flegmons péricapsulaires de Besnier) qui n'est d'aucune utilité clinique.

On pourrait donc diviser les abcès de la rate avec ou sans séquelle ainsi qu'Estrade conclut :

La splénite suppurée peut revêtir au point de vue anatomo-pathologique deux formes différentes : dans une première variété, il s'agit d'abcès simples dont le contenu est exclusivement formé de pus à caractère variable suivant chaque cas. La deuxième variété bien étudiée surtout depuis le travail de Kuttner se distingue par la présence au milieu du pus de fragments plus ou moins volumineux de la rate nécrosée ; ce sont les abcès dits séquestrants de la rate.

L'organe est entouré d'adhérence sauf en cas d'abcès centraux où ces adhérences font défaut.

Nous ne croyons pas que l'explication de Besnier sur la cause de la localisation soit exacte, mais nous ne pouvons pas la remplacer par une hypothèse plus acceptable.

TRAITEMENT

Le traitement préventif serait peut-être d'insister devant les familles sur les conséquences fâcheuses du moindre excès alimentaire et d'expliquer que la diététique du typhique est suffisant pour soutenir les forces et la seule chance du salut. Quant à l'hôpital : soumettre à un contrôle particulier tout visiteur venant voir un typhique.

Le traitement de la suppuration splénique est le même que de toute autre suppuration quelle soit sous-cutanée, dans un organe ou même dans le cerveau : incision suivie de drainage. L'endroit de l'incision dépend de la localisation, pour un abcès à évolution basse, c'est la voie abdominale pour l'abcès à évolution thoracique c'est la voie haute transpleurodiaphragmatique. Lorsque la pleurésie adhésive existe, on peut opérer en un temps ; lorsqu'elle n'existe pas après avoir réséqué la 10^e côte sur une longueur de 10 centimètres, on ferme la cavité pleurale par quelques points au catgut. Cette condition n'est pas indispensable et lorsque l'état du malade exige surtout la moindre fatigue, shock opératoire et anesthésie possible, on peut passer outre, chose qui est beaucoup plus logique

que d'attendre sept jours entre les deux interventions comme Kyrchmayr l'a fait. On ne peut exposer un typhique ni à couvrir pendant sept jours un abcès, ni aux fatigues de deux interventions.

Ensuite on plonge une aiguille de grand calibre ou même un trocard vers l'endroit présumé de l'abcès. On voit apparaître le pus hématique caractéristique. En ce moment la ponction n'est plus dangereuse, on peut y recourir en toute tranquillité.

On dissocie les fibres de diaphragme en suivant la direction de l'aiguille laissée en place et on tombe sur l'abcès. On introduit deux gros drains que l'on fixe à la paroi par un crin. Pansement.

Le pansement doit être changé au moins une fois par jour. Déboucher les drains par aspiration, mettre le malade demi-assis en soulevant les pieds du lit de façon que le siège soit à la hauteur de la tête.

Ici les moyens médicaux reprennent leur droit. On soutiendra le cœur on veillera au nettoyage quotidien des intestins. La diète sera poursuivie au moins pendant la durée normale de la typhoïde, la glace est utile sur le ventre.

Nous ne croyons pas que la splénectomie du moins immédiate soit indiquée. L'intervention est déjà très grave, comme l'indiquent les statistiques opératoires ; chez un typhique elle serait sûrement mortelle. Sur 13 cas opérés, recueillis par Ch. Morel, Jean Dambrin et J. Tapie, le seul décès est dû à une

splénectomie pratiquée par Rokitski, 1912; il est vrai qu'au moment de l'intervention, l'abcès était déjà ouvert dans le péritoine. Notre cas et celui de de Dambrin améliorent encore la statistique.

Lorsque la suppuration s'éternise, on pourrait intervenir secondairement pour élargir le drainage par séquestrectomie ou même par splénectomie. En tous les cas, attendre pour remonter le malade tout en parant au plus urgent.

Avec cette thérapeutique, l'abcès typhique de la rate diagnostiqué et opéré à temps devient une complication relativement bénigne.

CONCLUSION

1° Lorsqu'un typhique présente une pleurésie gauche, un point douloureux dans le flanc gauche ou sous l'omoplate ou simplement les signes d'une suppuration profonde, température à type palustre, pensez toujours à la possibilité d'une suppuration splénique et recherchez-la systématiquement, par tous les moyens d'investigation.

2° Une fois le diagnostic posé, pratiquez la splénotomie d'urgence suivie d'un large drainage.

3° La dernière recommandation est surtout d'ordre scientifique : faire systématiquement l'examen microscopique du contenu de l'abcès.

Vu : le Président de thèse,
LECÈNE.

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Abadie-Feyguine (Mme) et Abadie (J).* d'Oran. — Abscès sous-phrénique d'origine splénique après une fièvre typhoïde (Société anatomique, 14 janvier 1907).
- Archer.* — Sur un cas d'abcès post-typhique de la rate (The Dublin Journal of. Med. Sc., 1886, vol. 81).
- Bandel.* — Milzruptur infolge abcessbildung bei Typhus abdominalis (Deutsches Archiv. f. klin. Med).
- Bath.* — Abscès multiples à la suite de la fièvre typhoïde (Bulletin de la Société anatomique).
- Baylac et Constantin.* — Abscès de la rate dans la fièvre typhoïde (Toulouse Médical, 1900).
- Besnier.* — Article rate in Dictionnaire Encyclopédique des Sciences médicales.
- Coutenot.* — Bull. de la Soc. Méd. de Besançon, 1862.
- Dehu.* — Etude sur le rôle du bacille d'Eberth dans les complications de la fièvre typhoïde. Thèse, 1893.
- Esau.* — Ein Fall von Milzabcess nach Typhus abdominalis nebst Bemerkungen uber Milzabzesse, 1903.
- Estrade.* — Contribution à l'étude des abcès de la rate, 1911-1912.
- Federmann.* — Uber ein Fall von Operatur geheilten Milzabzess nach. Typhus abdominalis (D. med. Wochenschrift, 1905).
- Geschwind.* — Archives de Médecine militaire.

- Grand Moursel.* — Contribution à l'étude des abcès de la rate
Thèse de Paris, 1885.
- Griesinger.* — Traité de mal. infect., Paris, 1858.
- Kirchmayr.* — Zur Pathologie und Therapie der Milzabzessen
(D. Zeitschrift für chir., 1906).
- Lauenstein.* — Deutsche med. Wochenschr., 1887.
- Lemistre.* — Bull. de la Soc. anat., 1848.
- Leudet.* — Bull. de la Soc. Anat., 1853.
- Melchior.* — Über die Milzabzess (Berliner Klinik, 1909).
- Morel, Dambrun, Tapie.* — (Annales de méd., 1926).
- Mouchanov.* — Abcès de la rate (Chirurgia, 1910).
- Murchison.* — Tr. de la fièvre typhoïde, 1878.
- Nolen.* — Nederl. Tijdschrift, 1894.
- Pérard.* — Diarrhée amibienne (Soc. chir. Paris, 1925).
- Peyret.* — Rec. et Mém. Méd. Chir.
- Pince (R.).* — Contribution à l'étude des abcès de la rate dans
la fièvre typhoïdique, 1903.
- Propping (K.).* — Zur Diagnostik und Behandlung der typhösen
Milzabzessen, 1911.
- Rokitzky.* — Perforations peritonitis von einem Milzabzess, 1912.
- Roux et Vinay.* — Abcès de la rate. Lyon, 1891.
- Stuckey.* — Milzabzess nach Typhus, 1910.
- Tapie (J.).* — Abcès typhique de la rate (Annales de méd.,
1926).
- Ténat.* — Abcès de la rate (Rev. Chir. et Gynéc., 1901).
- Widal.* — Bull. de la Soc. Anat. 1853.
- Vincent.* — Abcès de la rate consécutif au typhus abdominalis
(Mercredi Médical, 1892).

